

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

79

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean MARTINET

Né à Paris, le 23 Janvier 1893
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

L'ÉTIOLOGIE
DES
LEUCONYCHIES PARTIELLES

Président : M. ROGER, professeur

PARIS
IMPRIMERIE GEORGES CADET
7, rue Cadet, 7

1920

79

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

73

THESE

LETTERS

TO DOCTOR OF MEDICINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean MARTINET

Né à Paris, le 23 Janvier 1893

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris



L'ÉTIOLOGIE

DES

LEUCONYCHIES PARTIELLES

Président : M. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE GEORGES CADET

7, rue Cadet, 7

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Opérations et appareils.	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance.	DUPRÉ.
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	P. MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET.
Clinique des maladies contagieuses.	LEJARS.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.

AGRÈGES EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FLESSINGER	LE LORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUÉNIOT	LÉRI	ROUVIÈRE
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITY-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRÉ	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

AU SOUVENIR DE MON MEILLEUR AMI

PIERRE BÉGENNE-LAMOTTE

Sous-Aide-Major

Mort pour la France

le 30 Août 1918

A MON MAITRE

LE DOCTEUR GANDY

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
qui m'inspira cette thèse

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGEE

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Membre du V. Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

L'ÉTIOLOGIE

DES

LEUCONYCHIES PARTIELLES

INTRODUCTION

A) Si l'on examine systématiquement les limbes unguéaux des doigts de la main de tous les malades que nous offre la pratique hospitalière, on est frappé d'y rencontrer très fréquemment de petites taches blanches, de formes et de dimensions variables, appelés « leuconychies ». Remarquées de tous temps elles ont été attribuées par la plupart des praticiens soit à une simple cause traumatique, soit à une origine trophoneurotique. L'objet de cette étude est de mettre en évidence les conditions étiologiques d'apparition de ces taches. Nous voulons montrer que le traumatisme n'a ici qu'un rôle localisateur, que l'origine trophoneurotique n'est qu'un aveu d'ignorance, et qu'on doit bien plutôt rattacher à une cause dystrophique générale, à un trouble de la minéralisation de l'organisme l'apparition des taches blanches des ongles.

C'est, en effet, comme nous le verrons au cours de ces considérations, surtout chez les grands déminéralisés qu'on les rencontre le plus fréquemment. C'est après l'examen d'un

grand nombre de malades que nous croyons que l'on puisse avancer de tels faits.

B) *Plan de l'étude.* — Après quelques mots de terminologie, nous résumerons l'anatomie, l'histologie, la physiologie de l'ongle normal, puis après ces quelques notions, nous étudierons l'anatomie, l'histologie, la physiologie des leuconychies ainsi que leur topographie clinique. Nous aborderons ensuite la valeur séméiologique de ces troubles unguéaux en étudiant les conditions pathogéniques et étiologiques de leur apparition. Enfin nous apporterons des conclusions basées à la fois sur les constatations histologiques et sur la valeur séméiologique des lésions rencontrées chez les porteurs de taches unguéales.

CHAPITRE I^{er}

TERMINOLOGIE — DEFINITION

Les taches unguéales blanches observées en tous temps et en tous lieux ont une terminologie abondante rappelant leur couleur, leur forme, leur étiologie supposée.

1. Les Latins les ont appelées :

Flores unguium,
Nubeculae,
Mendacia,
Canities unguium (Giovanni).

2. Les Anglais les ont décrits sous les termes des :

Flowers, lies (Hutchinson),
Gift spots (Wilson),
Leucopathia unguium (Morison).

3. Les Allemands les nomment :

Nagelbluthen,
Leuconychies (Unna).

4. Nos auteurs français prennent tour à tour les dénominations suivantes :

Albugo des ongles,
Achromie,

Leuchromie (Arling),

Leuconychies (Darier, Dubreuilh).

Une telle prolifité d'appellations montre bien qu'aucune n'apporte satisfaction totale ; aussi nous pensons que pour une lésion aussi commune un nom composé semble inopportun, et les simples appellations de marbrure des ongles (Sabouraud) ou d'ongles nuageux semblent encore les plus simples.

CHAPITRE II

ETUDE ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE ANATOMIE ET HISTOLOGIE NORMALE DE L'APPAREIL UNGUEAL

A. — ANATOMIE DESCRIPTIVE :

L'appareil unguéal comprend un organe producteur : le derme, et un organe produit, formation épidermique : le limbe.

1. LIMBE : Moulés sur les extrémités digitales, enchâssés dans un repli du derme en arrière et sur les côtés, libres en avant, les limbes unguéaux présentent de nombreuses variétés dans leur configuration extérieure.

Caractères physiques : Tous les caractères physiques : la forme, la longueur, la coloration, la consistance, l'épaisseur des limbes diffèrent suivant les individus, selon le sexe, l'âge, la race, selon que l'on envisage les ongles des doigts de la main ou des orteils. Ces caractères subissent aussi des modifications relevant d'altérations pathologiques, comme nous le verrons dans la suite de cette étude.

Forme : L'ongle normal représente un segment de cy-

lindre allongé d'avant en arrière à courbure transversale nettement accusée.

Il affecte aussi parfois une très légère incurvation dans le sens antéro-postérieur, cette dernière s'accroît dans certains états pathologiques comme la tuberculose. Et c'est là une observation presque constante de beaucoup d'états déminéralisants. L'ongle est ramolli, il s'incurve mécaniquement ; il est, en même temps, plus cassant, moins épais, caractères que nous retrouvons dans la koïlonychie qui accompagne si fréquemment les ongles marbrés.

Surface : La surface du limbe est lisse, polie, brillante. Ces caractères seront également transformés dans les leuconychies, comme nous le verrons dans l'étude pathologique.

Coloration : L'ongle emprunte au derme sous-jacent sa coloration, grâce à sa minceur et à sa transparence. Elle est rose pâle sur la plus grande partie de son étendue. Elle se modifie aux limites de son grand diamètre. En avant, sur la portion libre, elle est blanc grisâtre, en arrière, au niveau de la racine, elle est opaline, occupant un espace bien circonscrit sous le nom de lunule, limitée en bas par le perionyx, repli épidermique formant une ligne courbe à concavité supérieure.

Consistance : La consistance élastique spéciale des limbes est variable suivant les individus et suivant leur état pathologique. Ils sont cassants chez les déminéralisés. Les ongles leuconychiques le sont particulièrement.

Épaisseur : A peu près uniforme sur toute l'étendue du

corps, l'épaisseur diminue au niveau de la lunule, d'autant plus que l'on se rapproche du bord postérieur. Dans le sens transversal, l'épaisseur est moindre sur les bords latéraux.

Au niveau du bord libre, l'épaisseur moyenne chez l'homme est de $0^{\text{mm}}384$ et chez la femme de $0^{\text{mm}}346$, d'après Esbach.

2 DERMÉ UNGUÉAL : Le derme unguéal comprend trois zones : le derme sus-unguéal, le derme sous-unguéal, la rainure.

La première zone constitue le manteau de l'ongle tapissé par un liséré épidermique : le périonyx.

La deuxième zone constitue le lit de l'ongle, elle revêt les $4/5$ inférieurs de la phalangette. La grande abondance de sa vascularisation donne au limbe transparent une teinte rose dans ses $2/3$ antérieurs. Le lit est sillonné par les crêtes de Henlé.

La troisième zone constitue dans sa partie médiane la matrice qui, pour Arlong, comprend en plus la portion lunulaire du lit.

B. — STRUCTURE ET HISTOLOGIE NORMALE

1° LIMBE

a) *Structure.* — Isolé de ses adhérences, le limbe revêt l'aspect d'une lame rectangulaire, blanchâtre, transparente, élastique, à bords minces et tranchants. On lui considère une racine, un corps, une extrémité libre.

La racine molle et flexible est irrégulièrement et finement dentelée. Le corps présente sur sa face convexe des stries longitudinales plus ou moins marquées. Il présente sur sa face concave, qui adhère intimement au derme sous-unguéal, une série de crêtes divergentes de la lunule à l'extrémité libre. Ces crêtes sont séparées par des sillons dans lesquels s'engènent les crêtes de Henle; ces sillons sont criblés de petites dépressions correspondant aux saillies des papilles unguéales.

b) *Histologie*; dérivant de l'épiderme le limbe, comme lui, se compose de deux couches : l'une superficielle cornée, l'autre profonde muqueuse.

La couche superficielle est constituée par deux assises de cellules : l'une la plus extérieure la couche cornée proprement dite, l'autre la zone transparente ou stratum lucidum; les cellules de ces couches forment par leur tassement des lamelles stratifiées, imbriquées, formées de cellules polygonales, aplaties, de 27 à 36 $\frac{1}{1000}$ ° de mm. La face profonde de la seconde couche possède des crêtes hyalines antéro-postérieures pénétrant les sillons du corps muqueux de Malpighi.

La couche profonde comprend aussi deux assises de cellules : la première, le corps muqueux de Malpighi, est formée de cellules intimement unies entre elles, s'allongeant ou s'aplatissant au niveau du stratum lucidum, comblant plus ou moins les sillons longitudinaux qu'elles contribuent à former.

La deuxième assise est l'homologue de la couche géné-

ratrice de l'épiderme. Très adhérente au derme elle est constituée par des cellules nucléées, elliptiques ou prismatiques. Toutes ces cellules renferment de la kératine.

2° DERME UNGUEAL

Le derme unguéal comprend trois portions : le manteau, le lit, la rainure;

1° Le manteau ou derme sus-unguéal a la même composition histologique que le derme cutané en général, sa face interne s'adapte à sa fonction génératrice du périonyx.

2° La rainure dans sa portion médiane et le lit dans sa portion la plus reculée constitue la matrice de l'ongle : ici le derme de nature fibreuse, à réseau élastique abondant, ne renferme plus de glandes ; les papilles disparaissent par places, étranglées dans un riche réseau vasculaire plexiforme. Ce réseau communique en arrière avec les anses vasculaires papilliformes émanées du réseau du manteau et en avant il forme de nouvelles anses sur le lit de l'ongle. Ces anses montent obliquement d'avant en arrière dans les crêtes de Henle et possèdent de nombreuses anastomoses intercrêtes. Cette disposition vasculaire explique l'anémie de la portion antérieure du lit quand on exerce des pressions sur l'extrémité libre de l'ongle. Notons encore l'extrême richesse des vaisseaux lymphatiques du lit, ce qui explique la fréquence des lymphangites dans cette région.

La coloration blanche de la portion lunulaire est l'objet de plusieurs interprétations :

Pour Ranvier, elle est due à la présence de grandes cellules polymorphes, irrégulières, contenant des granulations de substances kératogènes. Pour Renaut des cellules chargées de pigments et de granulations réfringentes formeraient au niveau de la rainure et de la portion lunulaire du lit une aire elliptique. Pour Curtiss dans la matrice définitive on trouverait encore du stratum granulosum, mais très modifié, au lieu d'éléidine, il renferme de la substance onychogène réfringente. Cette absence d'éléidine explique la conservation des noyaux et l'absence d'exfoliation épidermique du limbe.

Les taches blanches erratiques que nous étudions ici, ayant la même coloration que la portion lunulaire, on conçoit l'importance de leur histogénèse pour leur explication pathogénique. C'est à une dystrophie de la kératinisation due à la déminéralisation de l'organisme comme nous le verrons au chapitre pathogénique que nous attribuerons en fin de compte leur formation.

C. — PHYSIOLOGIE : CROISSANCE DES ONGLES

La croissance des ongles est très lente, et difficile à mesurer par suite de manque de repères exacts.

D'après Beau l'onychogénèse serait de 1 mm. par semaine aux ongles de la main, à ceux du pied 1 mm. par mois. Ainsi pour l'ongle du pouce, long de 2 mm. en moyenne, il faudrait donc 20 semaines, ou 140 jours pour son renouvellement complet. Pour l'ongle du gros orteil, qui a en moyenne 24 mm., il ne faudrait pas moins de 24 mois.

D'après Dufour, qui a étudié uniquement les ongles de la main, le renouvellement de l'ongle du pouce est moins rapide qu'aux autres doigts, il demande 138 jours; 124 seulement pour l'index, le médus, l'annulaire; 121 pour l'ongle du petit doigt. En prenant comme repères de progression les leuconychies, et non les traumatismes ayant sectionnés le limbe près de la matrice, ce qui semble, du reste, légèrement retarder la progression, nous avons trouvé un délai un peu moindre : 100 jours pour le pouce, trois mois pour l'index et le médus droit. On a affirmé du reste que la croissance est plus active à la main droite qu'à la main gauche; elle serait plus active en hiver qu'en été, chez l'adulte que chez l'enfant. Mais on manque d'expériences comparatives.

Nous avons insisté sur la croissance des ongles, car ces notions nous permettront de dater l'apparition des leuconychies et de rapprocher leur date de formation, les troubles généraux, qu'ils accompagnent et dont ils sont une des multiples signatures.

CHAPITRE III

ANATOMIE DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIE CLINIQUE DES LEUCONYCHIES PARTIELLES

SYMPTOMES PHYSIQUES

Les leuconychies du limbe peuvent être totales ou partielles.

La leuconychie totale, intéressant le limbe entier, est assez rare. Le plus souvent elle est congénitale, elle ne nous retiendra pas.)

Les leuconychies partielles, très fréquentes, au contraire, ont une topographie d'une très grande variabilité, que nous allons maintenant passer en revue.

SYMPTOMES, CARACTÈRES PHYSIQUES

(Caractères qualificatifs)

Formes. — Les leuconychies partielles peuvent se présenter sous trois formes : sous la forme de bandes transversalement dirigées (leuconychies striées de HELLER), recti-

lignes ou faiblement onduleuses. Sous la forme de simples points (leuconychies ponctuées) : moins apparente sous cette forme. Sous la forme de taches plus ou moins étendues. On note souvent la coexistence de ces trois formes sur le même limbe ou sur des limbes différents : bandes, taches, points blancs.

Dimensions (longueur, largeur). — Tantôt elle s'étend sur toute la largeur du limbe en une longue bande festonnée. Tantôt très réduite, elle est à peine visible. Sa longueur est aussi sujette à de nombreuses variations. Elle est d'autant plus longue que sa cause productrice au niveau de la matrice a duré de temps ; nous insisterons à ce sujet au chapitre physiologique.

Coloration. — Les marbrures des ongles dessinent toutes les gammes des blancs : blanc d'ivoire, blanc de craie, blanc bleuâtre. Une même tache possède des reflets de différentes teintes grisâtres, ce qui donne à l'ensemble un aspect particulier. Les soirs d'été au couchant des nuages plats superposés en bandes parallèles et appelés « Stratus », en donnent vaguement l'aspect. Ces ongles nuageux ont des taches à bords estompés ou baveux très semblables aux veines blanches des marbres colorés : ce qui leur a fait donner par SABOURAUD le nom heureux de marbrure des ongles.

Constance, épaisseur. — L'ongle taché possède généralement un limbe moins épais, ce qui explique l'influence localisatrice des traumatismes, et ce qui explique également la rareté des marbrures au niveau des ongles épaissis, comme ceux du membre inférieur.

L'ongle taché est moins épais, plus cassant, caractères que l'histologie nous révèle et que la topographie clinique nous montre par la coexistence fréquente des koïlonychies.

La coelonychie ou koïlonychie est caractérisée par des dépressions du limbe, par de petits puits bordés par un limbe normal. Ils sont la conséquence des troubles de l'onychogénèse.

Les koïlonychies qui accompagnent si fréquemment les leuconychies sont décelables, soit à la vue, soit au toucher. Suivant le mode personnel de réaction de chaque individu un trouble de l'onychogénèse produira soit des koïlonychies, soit des leuconychies, soit des sillons transversaux.

Caractères quantitatifs. — Nombre, confluence.

Le nombre des bandes striées, taches ou des points est plus ou moins grand, variable de l'unité à la grande confluence, variable selon la cause de production et selon le terrain sur lequel elles évoluent. Chez certains individus, les taches existent toujours au niveau des mêmes doigts comme si une véritable anaphylaxie prédisposait aux troubles dystrophiques certains ongles ayant subi antérieurement des déficits de l'onychogénèse.

Chez d'autres individus, ils envahissent indistinctement tous les doigts de la main, les uns étant faiblement tachés, les autres ayant des taches plus confluentes. Mais tous nous avoueront la prédisposition de certains limbes à être marbrés.

Topographie. — Malgré la confluence variable, la topographie des leuconychies est nettement délimitée. Les bandes, les taches ou les points apparaissent simultanément au niveau de la lunule et se détachent de sa limite au même moment.

Progression. — Elles progressent simultanément d'arrière en avant, avec la croissance du limbe, dans l'intérieur duquel elles sont comprises, en conservant toujours la même disposition topographique. Elles arrivent enfin à l'extrémité libre, au niveau de laquelle elles sont encore décelables, tranchant par leur teinte nuageuse sur le gris sale du limbe à ce niveau. De nouvelles leuconychies peuvent apparaître alors par véritables crises nettement séparées des précédentes et gardant et leur topographie et leur progression respective. La leuconychie est donc un signe chronique qui dure le temps que le limbe met à se renouveler. L'ongle résume donc les quatre derniers mois environ de la vie du malade examiné, c'est une page rose ou sont inscrits, en blanc, les défaillances de l'état général et surtout ses instants de déminéralisation.

CHAPITRE IV

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

L'étude histologique des leuchonychies est pleine de difficultés ce qui tient à l'impossibilité des biopsies et aux obstacles techniques que présente l'étude microscopique des ongles pris sur le cadavre. Ce qui le prouve surabondamment, c'est la différence des conclusions des différents auteurs entraînant par suite de l'imprécision dans l'interprétation pathogénique :

I. — Dans une première catégorie de faits comme ceux rapportés par COLOMBINI, FÖRCHHEIMER, GIOVANNINI, MORISON, UNNA, les coupes du limbe révéleraient au niveau des marbrures une infiltration de fines bulles d'air striées entre les cellules. Cette infiltration formerait comme une poussière obscure à la lumière transmise et blanche à la lumière réfléchie. Mais l'ongle marbré est plus cassant au niveau des taches et très souvent ces infiltrations d'air ne sont que les conséquences de préparations défectueuses presque fatales du reste vu la moindre cohésion des cellules cornées. Nous avons fait des coupes d'ongles tachés et nous avons eu sou-

vent des infiltrations d'air très manifestes, mais imputables, croyons-nous, à des avaries de préparation.

II. — En effet, dans une seconde catégorie de faits, la kératinisation paraît défectueuse. Elle serait attribuable, d'après DOUBLÉ à une mortification du derme sous-jacent. Pour BAZIN, c'est la simple albification de la peau au niveau des taches, le derme unguéal ne pouvant, d'après lui, être mis en cause, puisqu'elles se déplacent avec l'accroissement de l'ongle.

ANCEL suppose qu'une vascularisation défectueuse du derme produit en certains points une sécrétion épidermique abondante causant ces opacités partielles. C'est un processus épidermisant à rapprocher de celui des leucoplasies buccales. Il est un fait, c'est que chez tous les porteurs de taches unguéales, dont l'étiologie traumatique est à écarter et à rapprocher, au contraire, de troubles généraux accompagnant la déminéralisation, on trouve de l'hypotension. Elle entraîne une dystrophie dans l'onychogénèse normale, la matrice créant un épiderme type cutané au lieu d'un épiderme type unguéal. Des phénomènes de névrites périphériques peuvent coexister amenant des lésions analogues à celles de la leucoplasie buccale : kératose connue.

ARLOING pense à la présence accidentelle et temporaire à la surface de la matrice unguéale du stratum granulosum de l'épiderme ; cette couche n'a jamais son homologue dans l'ongle normal. Dans une série de coupes d'ongles marbrés de blanc, il a remarqué, entre des rangées de cellules ordi-

naires, la présence de lits de cellules remplies de granulations d'éléidine.

Il serait séduisant de voir dans ces taches des dépôts de sels calcaires, nous n'avons pu y conclure faute d'examen chimique.

Nous avons observé soit une infiltration de bulles d'air par avaries de coupes imputables à la délamination facile du limbe plus fragile et plus friable au niveau des taches ; soit la disparition du noyau des cellules et la présence d'éléidine rapprochant ces taches de l'épiderme cutané normal, véritable kératose, assimilable à la leucoplasie, les ramenant au type de l'onychogénèse primitive.

III. — Des constatations si dissemblables semblent incompatibles. Ce n'est qu'une apparence. Tous les auteurs apportent une part de vérité dans leurs recherches et les deux catégories de faits sont conciliables. Le premier groupe d'auteurs a conclu à une infiltration d'air au niveau des taches du limbe pour deux raisons : d'abord parce que leurs préparations histologiques portent sur des leuconychies causées par des traumatismes ayant entraîné une moindre cohésion des cellules et de véritables délaminations du limbe. Ensuite, parce que souvent ils ont eu les avaries de préparations tenant à la fragilité spéciale des coupes effectuées au niveau de ces taches. En fin de compte, eux aussi, concluent à un trouble de la kératinisation.

Le deuxième groupe d'auteurs rapporte le vice de kératinisation non plus au niveau du limbe, mais au niveau de la matrice, ou des phénomènes vasculaires et de névrites com-

binés tant d'ordre local que général, amènent des lésions comparables à la leucoplasie. Cette dystrophie est une véritable épidermisation locale : caractérisée par la présence anormale d'éléidine, du stratum granulosum, couche n'existant normalement qu'au niveau de l'épiderme type cutané. Nous préciserons ces données au chapitre pathogénique.

CHAPITRE V

VARIATIONS PHYSIO-PATHOLOGIQUES DES LEUCONYCHIES

Disons quelques mots des variations physio-pathologiques.

I. Suivant le membre considéré. — Les leuconychies partielles sont plus fréquentes aux limbes des doigts de la main qu'à ceux des orteils ; nous avons déjà vu, en effet, que les taches blanches unguénales apparaissaient surtout sur les limbes peu épais, irréguliers, koïlonychosiques à matrices hypoproductives.

La compression exercée par les chaussures rendant les limbes des orteils épais, tectiformes accélèrent la kératinisation et dans cette matrice hyperproductive les leuconychies y trouvent un terrain peu propice ; les sillons transversaux, troubles mécaniques de la kératinisation y sont au contraire très fréquents, ainsi que l'atrophie secondaire.

II. Suivant l'âge et le sexe. — L'enfance et l'adolescence sont les deux époques de prédilection des ongles marbrés ; c'est chez eux qu'on les observe avec la plus grande fréquence. Au chapitre étiologique, nous verrons la part pré-

pondérante que prennent les processus déminéralisants sur ces « terrains en construction ».

La femme également est plus sujette que l'homme adulte à avoir des taches unguéales, ce qui tient aussi à la part des grands processus déminéralisants de sa vie génitale, et aussi au terrain : à ses ongles, à limbes moins épais (de quelques 100^e de millimètre) que ceux de l'homme, et plus soignés.

Nous verrons au chapitre étiologique que certains auteurs accordent aux soins exagérés des mains une part productrice dans l'apparition des marbrures ; nous verrons ce qu'il faut en penser.

L'adulte et le vieillard sont d'autant moins sujets à avoir des taches unguéales, qu'ils ont des occupations les éloignant des traumatismes matriciels, des limbes épais, et qu'ils n'ont pas de crises de déminéralisation.

III. Suivant la profession. — J. HELLER dans son livre sur les maladies des ongles attribue les leuconychies uniquement aux traumatismes. Cela « explique », dit-il, « pourquoi les ouvriers manuels en présentent si souvent ».

Après de nombreux examens d'ouvriers métallurgistes s'étant traumatisés la matrice, nous n'avons constaté que très rarement — 2 fois pour 100 environ — l'apparition de taches blanches au niveau du limbe traumatisé.

Nous insisterons au chapitre étiologique sur nos constatations personnelles, complètement en désaccord avec celles de l'auteur allemand. Disons ici simplement que les professions manuelles entraînent des mains fortes et des limbes d'autant plus épais qu'ils sont soumis à des pressions plus

rudés, à des frottements plus répétés. Les ouvriers ont, en général, des limbes épais et durs et sur leurs ongles traumatisés, on rencontre suivant le degré de la force vulnérante : des sillons transversaux, des bourrelets arciformes, ou des suffusions sous-limbiques. Plus tardivement, on rencontre des onychochizies avec ou sans hyperkératose sous-unguéale. Mais très rarement, on rencontre des leuconychies.



CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Quelques mots seulement, car il est rare que les leuconychies passent inaperçues à un examen minutieux, ou soient confondues avec d'autres affections. Mais il est parfois difficile de distinguer les lésions produites par les différentes dermatoses des lésions unguéales autonomes.

I. *Les onychomycoses* peuvent simuler les leuconychies. Mais ici la trop fréquente notion de contagion familiale et l'examen microscopique feront faire toujours le diagnostic. Dans les mycoses unguéales-types, l'ongle d'une teinte vieil ivoire est épaissi et soulevé par de l'hyperkératose plus ou moins notable. Mais dans les rechutes de cette affection, elle peut se traduire par de simples petits nuages blancs et le diagnostic ne se fait que par les commémoratifs et l'examen de laboratoire révélant soit une variété favique (*achorion shoenleinii*), soit une variété trychophytique.

II. *Dermatoses unguéales. — Psoriasis.* — Dans le psoriasis sous-unguéal, lorsque la couche hyperkératosique se montre près d'un angle de l'ongle, la tache brunâtre se laisse pénétrer par l'air et l'ongle paraît blanc et opaque. Mais le diagnostic se fait par la zone brunâtre qui persiste autour

de la zone blanche déchiquetée. La zone brune est elle-même entourée d'un piqueté rouge particulier, indice de la congestion des crêtes papillaires du lit.

Eczéma. — Dans ses formes frustes, l'eczéma des ongles peut se réduire à quelques ponctuations de la surface, très rarement blanches du reste. La confusion est rendue impossible par le polymorphisme des lésions, par la coexistence sur d'autres limbes d'autres lésions plus évoluées : onychorhexis, périonyxis éczémateux, ou au pis aller, par les commémoratifs.

III. Onyxis. — L'inflammation du derme unguéal et les lésions diverses qui s'en suivent donnent lieu à des helconychies, à des ongles craquelés ou décollés, ou encore aux diverses hyperonychoses. Elle ne peuvent être confondues en aucun cas avec la leuconychie, simple onychose, mais qui est un premier stade dystrophique facilitant la série des onyxis et c'est ce qui explique leur coexistence possible sur un même limbe.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC. — VALEUR SEMEIOLOGIQUE

Le pronostic des leuconychies est en lui-même d'une extrême bénignité puisqu'elles disparaissent, sauf récidives possibles, lorsqu'elles atteignent le bord libre du limbe. Mais il est intéressant par la grande valeur séméiologique qu'on peut lui accorder, si on la retire de ses conditions étiologiques et de ses conditions pathogéniques.

Tout trouble de la santé générale peut laisser sa trace sur le limbe. La tache blanche unguéale est un symptôme persistant. C'est la signature durable pendant près des quatre mois de la vie du limbe, des troubles qui lui ont donné naissance. Suivant la plus ou moins grande confluence des nuages, ces symptômes seront d'un pronostic plus ou moins mauvais. Comme nous le verrons son étiologie est très multiple, mais elle n'existe toujours que chez des sujets dont la santé est médiocre, de façon durable. Dès qu'elle appar it au cours d'une affection quelconque, elle indique une aggravation de cet état, signant la crise déminéralisante qui lui donne naissance. C'est un symptôme de pire selon SABOURAUD. A lui tout seul, il n'indique évidemment rien de pathognomonique, mais annexé à tous les  tats morbides ou on

l'observe, il ajoute un coefficient de pire, qui dans les états sérieux, peut faire réserver le pronostic.

Habituellement, la leuconychie persiste des années, quand une strate est éliminée, une autre a surgi à la base de l'ongle. Dans ces cas, si l'état général n'est pas sérieux, elle n'indique que la persistance d'un état médiocre ; si l'état général s'améliore, le limbe s'accroît alors rose et normal et les stries sont peu à peu éliminées ; la disparition des taches indique alors une amélioration de pronostic.

CHAPITRE VIII

PATHOGENIE

La pathogénie des leuconychies, très complexe, se résoud en dernière analyse à un trouble dans l'évolution onychogène au niveau de la matrice, à un trouble de la nutrition unguéale, transformant l'évolution onychogène normale en une évolution épidermique type cutané.

Trois sortes de causes interviennent dans leur production : causes résultant de la mécanique circulatoire ; causes résultant de la composition sanguine ; causes résultant de la névrite périphérique.

I. *Mécanique circulatoire.* — Nous avons vu que dans la majorité des cas d'observations de leuconychies, il y avait de l'hypotension.

Cette hypotension entraîne un ralentissement de la circulation au niveau de la matrice, vaso-dilatation qui entrave la nutrition et qui entraîne des modifications dans la kératogénèse, facilitant la dystrophie.

II. *Composition sanguine et troubles endocriniens.* — La leuconychie, véritable leucoplasie unguéale est donc une

lésion dystrophique ; elle est accélérée, sans doute, par un trouble dans le métabolisme des phosphates alcalino-terreux (nous avons noté la fréquence des phosphaturies dans les maladies de la nutrition et dans les troubles endocriniens).

L'insuffisance de l'assimilation des phosphates ou leur désassimilation excessive, sera une cause de trouble dans la kératogénèse normale. Suivant la prédominance de ce facteur, on aura tous les stades dystrophiques successifs : koïlonychies, leuconychies, bourrelets arciformes, onychorhexis. La leuconychie serait donc un des stades de l'onychocie suivant un processus analogue à celui de l'ostéocie ou de l'odontocie (FERRIER), décalcifications coexistant si fréquemment chez les porteurs de marbrures unguéales. Pour conclure d'une manière ferme, il nous aurait fallu comparer la teneur en phosphates de l'ongle normal et de l'ongle marbré, comme BAUDRIMONT l'a fait dans ses recherches sur la teneur en phosphate de la kératine pileaire.

III. *Névrites*. — Les nerfs vaso-moteurs concourent à la nutrition unguéale et il faut accorder une place à la névrite périphérique dans la pathogénie des leuconychies (cas de BIELSCHOWSKY).

Mais les deux premières causes sont les plus influentes.

CHAPITRE IX

ETIOLOGIE

Les causes d'apparition des marbrures unguéales sont multiples, nous étudierons leur importance respective dans ce chapitre.

— Les leuconychies sont congénitales ou acquises.

— Les décolorations congénitales sont rares, elles donnent lieu à des leuconychies totales, et sont accompagnées de troubles dans le développement des autres phanères : des cheveux le plus souvent : leuconychies avec canities partielles ou alopécies, comme dans les cas de NICOLLE, WITHE, GUTTMANN. Ces dystrophies familiales des ongles et des cheveux sont très rares et les observations se comptent.

Les décolorations acquises sont les plus fréquentes, elles sont le plus souvent partielles, mais plus ou moins confluentes selon la cause et le terrain sur lequel elles évoluent.

A. — TRAUMATISMES

J. HELLER et avec lui la majorité des auteurs allemands attribuent en fin de compte les marbrures aux traumatismes au niveau de la matrice unguéale. C'est l'extrême fréquence de leur production parmi les professions manuelles

et chez les femmes abusant d'instruments de manucure, qui lui ont fait donner aux leuconychies cette unique étiologie.

Mais nous avons déjà vu au chapitre physio-pathologique l'objet de nos recherches en ce sens : elles concluent à l'extrême rareté des leuconychies traumatiques. Des examens répétés sur les ongles traumatisés (d'environ cent cinquante ouvriers métallurgistes) nous ont montré comme lésions : des décollements unguéaux, des suffusions sous-limbiques, des sillons transversaux ou arciformes et trois fois seulement des leuconychies. Encore est-il que ces trois cas concernaient trois jeunes ouvriers (13 ans, 15 ans et 16 ans et demi) à limbes unguéaux peu épais, aux doigts peu déformés. Tous les trois avaient reçu, il y avait environ un mois, sur la base de leur ongle de très légers traumatismes (par coups de marteau).

Etant plus jeunes, ces trois jeunes gens, avaient, du reste, déjà présentés des leuconychies sur les mêmes limbes.

Quand aux leuconychies survenues chez des femmes abusant d'instruments de manucure, elles ont été observées par HELLER chez des malades alitées, et nous croyons aussi que l'on doive bien plutôt rattacher leur apparition à un trouble de nutrition unguéale causé par l'affection qui les a fait s'aliter. Sans nier l'origine traumatique de quelques leuconychies, nous trouvons abusif de les rattacher toutes à cette unique étiologie.

Pour invoquer uniquement le traumatisme, il faudrait constater :

- 1° L'intégrité du limbe avant le trauma ;
- 2° Le siège de la décoloration au niveau même du point frappé.

Nous trouvons là, du reste, l'explication de l'extrême rareté des leuconychies parmi les professions manuelles. Le plus souvent la lésion est plus grave, les traumatismes entraînent alors des décollements unguéaux, des suffusions sous-limbiques ou des sillons transversaux. Les traumatismes ne causent pas de petites leuconychies, petits troubles de la nutrition unguéale, légers accidents de l'évolution onychogène, mais une désorganisation plus totale.

B. — MALADIES INFECTIEUSES AIGUES

Un grand nombre de maladies infectieuses aiguës peuvent avoir un retentissement sur la nutrition unguéale. Elles provoquent, selon le trouble plus ou moins profond apporté à l'évolution onychogène, l'apparition de : koïlonychies, de leuconychies de sillons et bourrelets transversaux ou arciformes, d'onychochizie, de scléronychies et même d'atrophies par destruction matricielle plus ou moins totale. Beaucoup d'infections aiguës évoluent sans troubles unguéaux et ce n'est qu'au moment de la convalescence qu'on voit apparaître sur le limbe les différents stades de dénutrition unguéale. C'est que vers cette époque, les infections aiguës entraînent une déminéralisation générale de l'organisme amenant une décalcification des ongles, véritable « onychocie ».

C'est ce qui explique l'extrême fréquence des leuconychies *chez les enfants*, leur apparition dans la convalescence des infections hyperdéméralisantes comme les fièvres

éruptives : la scarlatine, la rougeole, la varicelle peuvent s'accompagner vers la période de desquamation, à leur déclin, d'une crise polyurique, avec décharge de phosphates, laissant l'ongle plus ou moins taché. La confluence des leuconychies doit compter comme un des facteurs du pronostic. Nous l'avons observé huit fois à la suite de rougeoles graves chez des enfants dont la défervescence avait été marquée par une phosphaturie intense. Nous en avons observé chez des enfants de 6 à 10 ans dans 4 cas de scarlatine. La défervescence s'était toujours accompagnée dans tous ces cas d'une crise aiguë de polyurie avec décharge de phosphates portant surtout sur les phosphates terreux.

Les angines et la diphtérie dans leur forme toxémique grave, s'accompagnent d'hypotension et de dépression physique et morale. Ces formes sont toujours marquées de crises phosphaturiques et sont souvent l'origine de leuconychies. Nous en avons observé quelques cas. Le bacille de Loeffler exige pour pousser des phosphates. C'est donc un grand déminéralisateur. Chez l'adulte c'est dans la période qui suit les grandes pyrexies que l'on peut voir apparaître des marbrures unguéales. On les note surtout chez les convalescents typhiques, déprimés, avec hypotension, et hyperphosphaturie, comme dans le cas classique de Giovannini. Nous venons de l'observer chez un homme de 32 ans qui venait de terminer une pneumonie grave et venait consulter parce qu'il avait besoin d'être remonté, et qu'il se trouvait déprimé. Chez ce malade on observait de l'hypotension. Sa pression maxima au Pachon, oscillait autour de 10 et sa minima autour de 6 ; phosphaturie absolue ; son coefficient de déminéralisation de 38 0/0.

Mais en fin de compte les leuconychies sont rares chez l'adulte, car c'est la période de la vie où le métabolisme phosphorique s'accomplit avec le plus de régularité, et c'est donc chez lui que les leuconychies acquièrent leur plus grande valeur pronostique.

Les marbrures unguéales sont beaucoup plus fréquentes *chez la jeune fille ou la femme*. Dans la dernière grande épidémie de grippe, on a fréquemment remarqué dans la période de convalescence l'apparition de décoloration partielle du limbe. Chez une dizaine de malades, nous avons observé des taches persistant depuis leur grippe, reparaisant par crises à l'occasion de fatigues, de veilles prolongées. Nous avons recherché dans leurs observations, et trouvé qu'à l'époque de leur hospitalisation, on avait noté de l'hypotension et chez quelques-unes de la phosphaturie.

Bref, tout fléchissement de l'état général dans les infections aiguës, peut laisser au moment de la convalescence et de la déperdition minérale qui s'en suit, sa trace sur le limbe, selon le trouble plus ou moins profond apporté à l'onychocie on y voit soit des koïlonychies, des leuconychies ou des sillons transversaux.

Depuis un temps immémorial les vieilles chiromanciennes n'oublient jamais d'examiner les limbes unguéaux pour y rechercher la signature plus ou moins nette d'une ancienne maladie, qu'elles vous annoncent triomphalement.

C. MALADIES INFECTIEUSES CHRONIQUES

TUBERCULOSE, SYPHILIS

1. *Tuberculose* : C'est surtout dans la période déminéralisante de la prétuberculose que l'on rencontre avec quelque fréquence des leuconychies partielles. Nous avons toujours pris la tension des prétuberculeux présentant des taches (seize cas observés) et nous avons toujours trouvé une hypotension variant aux environs de 10.

L'asthénie marquée présentée par tous ces candidats tuberculeux s'accompagnait parfois d'une polyurie avec décharges phosphatiques portant surtout sur les phosphates terreux et variant de 5 à 15 grammes par jour.

Chez les tuberculeux pulmonaires avérés, la marbrure est assez rare. La tuberculose donne ici lieu à une dystrophie beaucoup plus accentuée à des limbes peu épais, recourbés sur ces différents axes, cassant, à des ongles hippocratiques. Le stade initial de la dystrophie unguéale légère : la leuconychie est dépassée et ce n'est plus un trouble matriciel local, mais un trouble général de l'onychogénèse. La tuberculose osseuse évolue plus particulièrement dans le jeune âge. C'est dans la première période de la Coxalgie et du Mal de Pott que l'on peut observer des marbrures. Elles correspondent à des crises de déminéralisation avec hypotension et asthénie ; plus tard, la dystrophie unguéale est plus complète, il y a des déformations osseuses concomitantes, et l'on voit beaucoup plus souvent des limbes hippocratiques.

2. *Syphilis* : Les marbrures peuvent exister soit chez des hérédosyphilitiques, soit dans les syphilis acquises.

a) *Hérédosyphilitiques* : La leuconychie n'est pas un signe propre à l'hérédospécificité à annexer à ceux si nets de la triade d'HUTCHINSON, mais un symptôme des formes cliniques hypotensives et asthéniques. Nous avons rencontré des taches unguéales surtout chez des nourrissons hypotrophiques, athrepsiques à lésions cutanéomuqueuses traînantes, nettement déminéralisés.

b) *Syphilis acquises* : La syphilis qui est l'infection chronique dystrophiante type, s'accompagne parfois de leuconychies. C'est à la fin de la période secondaire chez des syphilitiques, asthéniques, déprimés, hypotendus (10 à 13 au Verdin) que nous l'avons 5 fois observé. Malheureusement les dosages de phosphates urinaires n'ont pas été faits. La leuconychie spécifique dystrophie bénigne est une onychose simple qui ouvre la porte aux infections et aux différentes formes cliniques d'onyxis syphilitique. L'inflammation du derme unguéal donne alors lieu : aux éclonyxis, aux ongles craquelés, décollés, aux pachyonyxis et aux diverses hyperonychoses. Nous venons de voir un syphilitique avec lésions d'onyxis syphilitique polymorphes, il nous a assuré avoir observé antérieurement au niveau des ongles atteints des taches de leuconychies.

3. *Dermatoses* : On trouve encore des taches blanches chez une série de jeunes filles présentant à l'état chronique des affections cutanées diverses ; récidives d'eczéma fluent, impétigineux, autour de l'oreille, acné polymorphe grave,

persistant après vingt ans, eczéma chronique des doigts. Mais toutes ces lésions variables, dit SABOURAUD, ne représentent que des manifestations diverses d'un mauvais état général, qu'on ne caractérise pas toujours, mais qui aboutit fréquemment à la tuberculose. Et nous rétombons ici dans les taches observées dans la prétuberculose, caractérisées par de l'asthénie de l'hypotension, de la déminéralisation. Mais il est parfois difficile de distinguer les lésions produites par les différentes dermatoses des lésions unguéales autonomes, nous l'avons vu au chapitre traitant du diagnostic.

Certaines pelades graves touchent les ongles sous quatre formes, donnant lieu à l'ongle friable (crénelé), l'ongle fissuraire (cannelé), l'ongle ponctué (en dé à coudre), leuconychies striées. Cette dernière forme, ajoute Sabouraud, est accompagnée d'un état dépressif que ni les médications locales, ni les médications toniques générales n'améliorent. Car il y a deux symptômes qui ne manquent guère chez les sujets aux ongles marbrés, c'est l'hypotension artérielle et l'asthénie générale.

INTOXICATIONS.

On conçoit que toute intoxication qui lésera le parenchyme rénal puisse déterminer un trouble dans l'élimination des phosphates, et puisse amener un retentissement sur la nutrition unguéale par la décalcification ; les névrites périphériques sont aussi à invoquer dans une certaine part. En fait, les observations ne portent que sur l'intoxication

arsenicale. Les lésions dystrophiques observées au niveau des ongles montrent, suivant le degré de l'intoxication, des leuconychies, des bourrelets ou bosselures transversales, de l'hyperkératose sous-unguéale. Chez une malade ayant ingéré du sublimé et ayant présenté de graves lésions rénales, nous avons remarqué pendant sa convalescence l'apparition de leuconychies et de sillons arciformes sur 3 de ses limbes. Très asthénique, elle avait au Pachon une tension maxima de 12, coïncidant avec une crise polyurique intense et une décharge de phosphates qui atteignait 6 gr. par 24 heures.

MALADIES DE LA NUTRITION

Diabète. — Nous avons observé des leuconychies dans deux cas de diabète grave avec phosphaturie.

1° Le premier malade, fonctionnaire de 37 ans, de souche arthritique, polydipsique, avait une polyurie marquée, accompagnée de phosphaturie intense (5 gr. par 24 heures). Il était très amaigri, asthénique, hypotendu 12 au Pachon. La réaction de GERHARDT était positive ; chez lui l'acétounurie atteignait 4 gr. ; la recherche de l'acide oxybutyrique B n'a pas été faite.

2° Le deuxième malade était une femme de 56 ans, que nous avons vue en pleine acidose. Elle présentait sur 5 de ses limbes des leuconychies qui se détachaient à peine des lunules. Très amaigrie, en état de dépression physique et intellectuelle, elle avait 15 de tension maxima. Son état avait été précédé d'une phase polyphagique, polydipsique,

polyurique ; au moment de l'examen elle avait une diurèse normale en quantité, où la réaction de GERHARDT était positive.

L'hyperacidité sanguine a été mise en cause pour expliquer la pathogénie des leuconychies dans ces cas. En effet, qu'on invoque, avec Tessier, la dyscrasie lactique comme cause du diabète phosphaturique, ou l'acétonémie, c'est, en fin de compte, à une dyscrasie acide que l'on peut attribuer la dissolution et l'élimination (en plus ou moins grande abondance) des sels de chaux ; ce qui peut entraîner une dystrophie au niveau des ongles : des leuconychies. Les marbrures seront ici d'un bien faible apport pronostic, quoique se présentant dans les formes graves, car ce modeste symptôme se trouvera noyé au milieu des multiples symptômes bruyants de l'acidose.

Rachitisme. — Les leuconychies sont encore assez fréquentes chez les enfants rachitiques. Nous l'avons noté quatre fois sur 50 examens environ. Ces enfants présentaient des troubles gastro-intestinaux très marqués. L'apparition des marbrures cadre bien avec la théorie chimique : insuffisance de l'assimilation des sels calcaires ou leur désassimilation excessive ; nous n'avons malheureusement pas examiné les urines au point de vue de l'élimination des phosphates.

F. — DIATHÈSES

La tuberculose et la syphilis ont démembré les anciennes diathèses. Nous avons déjà vu la fréquence des leuconychies chez les tuberculeux et chez les syphilitiques déminéralisés.

Les jeunes scrofuleux à peau fine, à longs cils soyeux, à chairs molles et flasques, ont une prédisposition remarquable à faire des suppurations chroniques des voies supérieures, des adénites bacillaires persistantes. Ils finissent souvent avec de la tuberculose osseuse ou articulaire atténuée parfois par de la méningite ou de la granulie généralisée.

Et c'est au cours de la vie de tels enfants que les marbrures unguéales ont la plus grande valeur pronostique en signant les crises successives.

De son côté, l'adulte arthritique, à calvitie précoce, présentant des accès de migraine, des poussées tenaces d'eczéma, de la dyspepsie, des hémorroïdes est prédisposé aux rhumatismes et aux maladies de la nutrition. C'est sur de tels terrains qu'une crise déminéralisante peut s'annoncer par des leuconychies. Nous avons vu que chez l'adulte, les marbrures n'accompagnent que les formes marquées.

G. — AUTO-INTOXICATIONS ; TROUBLES ENDOCRINIENS

1° *Auto-Intoxications.*— On peut parfois observer des taches unguéales chez certains dyspeptiques hyperchlorhydriques. Les fermentations acides gastro-intestinales ont pour conséquence la dissolution et l'élimination des sels de chaux. Et si ces malades gros mangeurs, continuent l'ingestion d'aliments acides, ou d'aliments gras qui se transforment en acide lactique ou butyrique, ils se déminéralisent vite. Asthéniques, phosphaturiques, hypotendus, ils peuvent présenter des leuconychies. Ces dystrophies unguéales légères peuvent être dépassées. Gougerot et Monod ont observés des troubles trophiques particuliers, qu'ils ont appelés « l'ongle en accordéon », correspondant à des poussées aiguës d'œdème neuro-arthritiques.

2° *Troubles endocriniens.* — Les causes de déminéralisations sont multiples. Les troubles de certaines glandes à sécrétions internes peuvent être mis en cause par leur insuffisance ou leur hypersécrétion.

Les troubles du corps jaune de l'ovaire, insuffisance le plus souvent, sont fréquents chez les fillettes au moment de la puberté. Insuffisance caractérisée par une asthénie plus ou moins profonde, de l'hypotension, une déminéralisation plus ou moins marquée. Et l'on conçoit que l'on rencontre si souvent des leuconychies chez ces fillettes, grandes, maigres, plus ou moins scoliotiques, chez qui l'éta-

blissement des règles est plus ou moins difficile. C'est encore au corps jaune, que l'on peut imputer les déminéralisations chez les femmes enceintes ou récemment accouchées. Nous avons observé à la suite de deux accouchements laborieux, des leuconychies.

Il en est de même des troubles de la glande interstitielle du testicule. L'intercorrélation fonctionnelle des glandes à sécrétions internes nous révèle pourquoi les troubles de la thyroïde s'accompagnent de troubles de la déminéralisation, marqués parfois par des leuconychies. SABOURAUD a observé des marbrures unguéales multiples, dans un cas de *goître exophtalmique*. Les diverses apparitions successives de leuconychies accompagnaient les crises de la maladie et suivait les mêmes oscillations. L'insuffisance surrénale, qui s'accompagne d'une asthénie si profonde, d'une hypotension si marquée devrait donner lieu à des leuconychies. nous n'avons pas eu malheureusement l'occasion d'en observer.

H. — AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

NEVROSES

Les névrites périphériques s'accompagnent de troubles trophiques du côté de la peau et des phanères. Selon que la nutrition unguéale est plus ou moins troublée, on observe des koïlonychies, des leuconychies, des onychorrhaxis, des ongles secs et cassants.

BIELSCHOWSKY a rapporté l'observation de leuconychie consécutive à un cas de névrite alcoolique.

Les leuconychies consécutives à l'intoxication arsenicale ou mercurielle, celles même des diabètes graves sont imputables dans une certaine mesure à des lésions de névrites périphériques.

Bien plus fréquentes sont les observations de leuconychies dans les névroses dépressives. On les observe chez les neurasthéniques vrais ou à phobies.

SABOURAUD conseille de ne jamais traiter à la légère les neurasthénies qui s'accompagnent de marbrures des ongles. Il s'agit d'un trouble nerveux durable qui s'appuie sur un trouble organique sérieux, qui reste à caractériser : pré-tuberculose le plus souvent.

Nous avons vu des leuconychies chez une épileptique, morte depuis de méningite tuberculeuse.

Nous en avons rencontré sur des limbes d'enfants choréïques, à diathèse rhumatismale si chargée ; elles correspondaient à une période dépressive marquée.

Nous avons déjà noté leur présence commune correspondant aux oscillations de la maladie de BASEDOW.

I. — ETATS PHYSIOLOGIQUES

On observe enfin des leuconychies dans bon nombre d'états physiologiques, marqués par de la dépression, une hypotension plus ou moins nette, de la déminéralisation, marquée par de la polyurie avec une phosphaturie plus ou moins abondante.

C'est un symptôme qui s'observe chez des surmenés. On

T'a noté dans le surmenage intellectuel, à la suite de veilles prolongées, dans la préparation intensive des concours ; dans le surmenage physique (TOUPET l'a observé sur des prisonniers de guerre).

On le rencontre aussi chez beaucoup de femmes perpétuellement fatiguées, qui sont ou des insuffisantes ovariennes légères ou des prétuberculeuses. C'est une lésion banale chez les habituées de sanatorium.

Elle s'observe encore dans la croissance hâtive de certains adolescents, marquant ou les crises d'insuffisance de leur minéralisation, ou la convalescence d'une des affections aiguës si fréquentes à cet âge.

CONCLUSIONS

L'importance clinique de la leuconychie partielle du limbe unguéal est loin d'être nulle et beaucoup de médecins ne lui attribuent peut-être pas la valeur qu'elle mérite.

Il n'est pas de symptômes d'apparence si banale et si futile qu'ils soient, qui doivent être négligés. Les marbrures unguéales devront être recherchées plus qu'on ne le fait communément.

Constatées très facilement par l'inspection d'un rapide coup d'œil sur l'ensemble des limbes, on doit se dire que leur présence ne s'observe jamais par hasard.

La leuconychie partielle est un symptôme local, d'un trouble de l'état général. Elle se détache de la lunule au moment de ce trouble et persiste le temps que le limbe met à se renouveler. Ce symptôme est durable et on peut situer chronologiquement son apparition, puisque le limbe unguéal résume, en moyenne, quatre mois de la vie du malade examiné.

L'ongle est une page rose où sont inscrites en blanc les défaillances de l'état général. La leuconychie est la signature objective d'un état médiocre, défectueux, caractérisé par trois groupes de symptômes :

1° Une asthénie physique et morale toujours marquée ;

2° Une hypotension artérielle plus ou moins nette, mais qui ne fait jamais défaut ;

3° Des troubles de la minéralisation, caractérisés le plus souvent par de la polyurie accompagnée d'une décharge urinaire portant sur les phosphates terreux.

Dépression, hypotension, décalcification, voilà trois signes, qui accompagnent, à des degrés divers, l'apparition des marbrures ; et dans toute affection, où ce triple complexe symptomatique est plus ou moins réalisé, des leuconychies peuvent être signalées.

L'enfance est l'époque de prédilection des leuconychies. Sur ces terrains en construction, la minéralisation est facilement défailante, les infections aiguës extrêmement fréquentes et la convalescence des pyrexies toujours accompagnée de crises polyuriques.

L'hérédo-syphilis et la tuberculose larvée, si dystrophiques seront souvent en cause.

Chez l'adolescent, c'est dans la pré-tuberculose que l'on observe le plus souvent les marbrures.

Chez la jeune fille et chez la femme, les leuconychies sont encore très fréquentes. L'asthénie, l'hypotension, la polyurie à des degrés variables les accompagnent ; c'est ce qui explique qu'on les rencontre si souvent dans certaines névroses dépressives (goîtres exophtalmiques), dans les divers états neurasthéniques, dans ceux liés à une insuffisance ovarienne.

Chez l'adulte l'ongle marbré est plus rare, partant, plus caractéristique. Il survient chez un grand déminéralisé, un

prétuberculeux encore jeune, chez un neurasthénique à phobies, chez un convalescent de grande pyrexie.

Le traumatisme ne doit presque jamais être mis en cause, contrairement aux conclusions de l'auteur allemand J. Heller, nous n'avons pas trouvé que les leuconychies fussent plus fréquentes dans les professions manuelles. En effet, dans les traumas les troubles unguéaux sont plus profonds, et, le stade marbrure, dystrophie légère, est souvent dépassé. A lui tout seul, ce symptôme n'indique rien de pathognomonique ; mais, il a l'avantage d'éveiller rapidement et facilement l'attention sur un état médiocre. Cet état une fois caractérisé, il peut ajouter un facteur au pronostic suivant sa confluence et sa durée.

Très confluentes, dans un état sérieux, les leuconychies indiquent une tendance à l'aggravation ; persistantes après la guérison elles sont un symptôme objectif de la décalcification. Dès qu'elles disparaissent, elles indiquent une amélioration de l'état général.

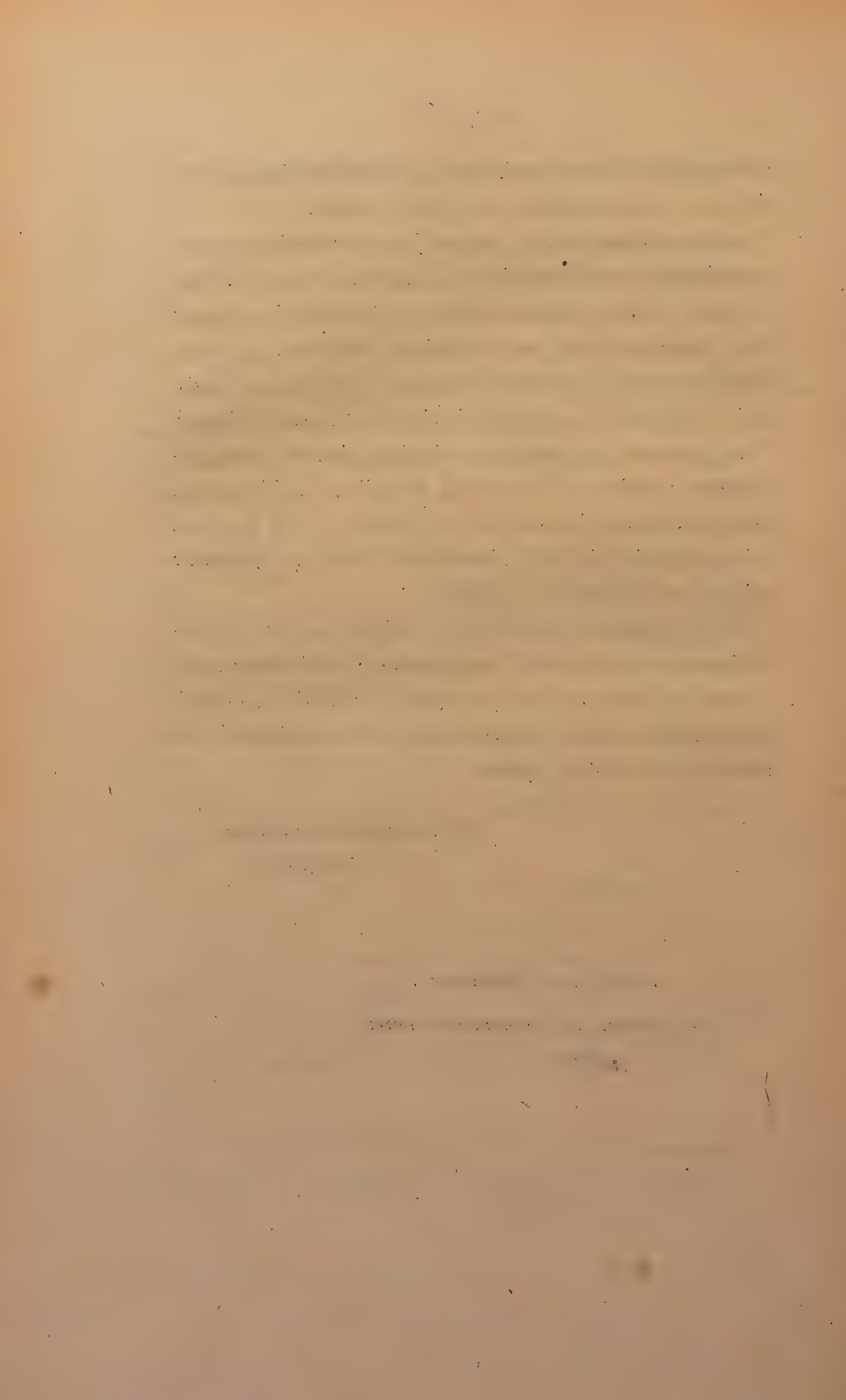
Vu : le président de la thèse,

G.-H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.



BIBLIOGRAPHIE

MORISON. — Leucopathia unguium. Vierteljschr. für Derm.
Wien 1888, XV, p. 3-7.)

BIELSCHOWSKY. — Beitr. zur Lehre von den tropischen
Veränderungen der Nägel bei multipler neuritis.
(Neurol. Centralblatt, 1890, IX, p. 741.)

LAVRENCE. — Leucopathia. (Australian Med. Journal,
15 oct. 1893.)

STOUT F. J. — Leukopathia unguium. Med. News. Philad.
1894 LXIV, 212.)

COLOMBINI P. — Un caso di leuconychia. (Riforma. Med.
1894 X, p. 2-5.)

NICOLLE ET HALLIPRÉ. — Maladie familiale caractérisée
par des altérations des cheveux et des ongles.
(Ann. de Dermat. 1895, p. 804.)

SYKES. — British Med. Journal, 30 oct. 1897.

JOSEPH M. — Leuconychie. (Dermat. Ztschr., Berlin 1898,
651-654.)

FORCHHEIMER. — Ein Fall von Lenconychia Verbunden
mit Koilonychie. (Dermat. Centralblatt, Berlin,
nov. 1898.)

WEBER AND KRIEG. — White Nails. (British Journ. of Der-
mat., 1899, p. 120.)

HEIDINGSFELD. — Leucopathia unguium. (Journal of Cutan. Genit. Urin. N-Y 1900, XVIII, 490.)

J. HELLER. — Die Krankheiten der Nagel. Berlin 1900, p. 87.)

OHMANN-DUMESNIL. — Koilonychie. (St-Louis Medical and Chirurg. Journal, juin 1902, p. 289 ; janv. 1903, p. 24.)

BESNIER, BROCOQ, JACQUET. — La pratique dermatologique. (Tome III, Lenconychie (Dubreuilh), p. 613.)

BRAUNS. — Zur Kenntnis der Leuchonychie. — Archives Dermat. Syphilig. (Wienn et Leipzig, 1903, I. XVII, 63-72.)

ALDRICH. — Leuconychie arsenicale. (American Journal of the med. sc., avril 1904, p. 702.)

EGER. — Lésions des ongles après les maladies aiguës. (Berliner Klinische Wochenschrift, 1905, p. 607.)

BETTMANN. — Leuconychie totale. (Dermatol. Zeitschrift, 1906, p. 461.)

UNNA. — Leuconychia et Leucotrichia. (Atlas international des maladies de la peau, p. 19.)

J. HELLER. — Dermatologische Zeitschrift, 1908, p. 630; 1909, p. 31 ; 1922, p. 609.)

BRANCA. — Notes sur la structure de l'ongle. (Annales de Dermatologie, 1910, p. 353.)

K. SIBLEY. — Leucopathie unguéale. (The Brit. Journ. of Dermatol., 1911, p. 281.)

J. HELLER. — Zür Kasuistik seltener Nagellerkrankungen. IX. Späte posttyphöse maligne totale, Alopecie und Koilonychie der Fingernägel, 1912.)

GUTMANN C. — Leuconychia totalis in Zwei Generationen. (Dermat. Centralblatt, 1913, XVII, 355-359.)

GOUGEROT-L. MONOD. — Troubles trophiques des ongles (B. S. F. de D¹⁰ 1914, p. 324.)

SABOURAUD R. — Valeur pronostique et symptomatique des ongles marbrés. (Presse Médicale, 1917, Paris, XXV, 566.)

Imprimerie G. CADET, 7, rue Cadet, Paris

Experiment 4. Clock A the Carol, Paris

